TRAVAUX ORIGINAUX

—

Traitement du ptosis des granuleux après la guérison, par le massage palpébral.

par le Dr A, Bouchart.
Aide-major de 1re classe ; Hôpital militaire de Guelma.

L'observation rapportée ci-dessous est celle d'un granuleux atteint gravement et d'une façon aiguë, et cependant ramené à une acuité très satisfaisante par les moyens ordinaires. Son intérêt réside dans la nouveauté du traitement suivi après la guérison pour combattre ce dernier symptôme qui enlaidit, gêne, et fatigue les malades : je veux parler de la lourdeur des paupières, ptosis spécial aux granuleux et qu'il est nécessaire de faire disparaître.

Le nommé V... Ferdinand, âgé de 36 ans, a déjà été atteint de granulations en 1901, pour la première fois, après de nombreuses années de séjour en Algérie. Cette attaque fut très aiguë et, après 8 jours passés dans un hôpital d'Algérie, où le traitement au nitrate d'argent n'amena que des douleurs croissantes, le malade partit pour Montpellier, où il entra dans le service du Dr Truc vers le 15 avril 1901. Le traitement alors suivi se composait de : scarifications tous les deux jours pendant 15 ou 20 jours et ensuite de plus en plus espacées ; pommade au précipité jaune. Celle-ci, très irritante, et très douloureuse, est remplacée par le Dr Truc, de retour dans son service, à l'aide d'une pommade (dite pommade Bertaud) beaucoup mieux tolérée ; on fait en plus des instillations de protargol et des pulvérisations chaudes que le nombre des malades rendait trop brèves. Le rétablissement se fait et le malade sort au bout de 2 mois de traitement, non guéri, mais très amélioré. Il présente tous les 8 ou 10 jours une poussée inflammatoire qu'il attribue à des granulations et passe ainsi tout l'été et l'automne à Bône, souffrant très souvent, et irrité par les poussières, le soleil et l'air marin. Une fatigue oculaire, contractée dans sa profession d'employé, de mairie, le force à consulter de nouveau : la pommade jaune est encore employée et la même irritation se reproduit. Le malade quitte le bord de la mer pour un climat plus sec et arrive à Guelma, où il entre à l'hôpital au bout de 3 semaines (2 décembre).

L'état est très grave : les paupières gonflées et rouges ne peuvent être ouvertes par le malade qui est ainsi privé de toute vision. Il souffre beaucoup, est très agité, et une forte dose de bromure fut nécessaire à le calmer. Chémosis conjonctival intense des deux côtés ; O G : cornée trouble en traînées diffuses ; O D : pannus épais très vascularisé. Blépharospasme et larmoiement intenses. Paupières très œdématiées, quelques glandes de Meïbomius en suppuration ; le tarse épais et scléreux n'est pas recouvert de granulations, qui existent seulement dans les culs-de-sac et surtout latéralement. Ces granulations sont jeunes, petites, à villosités très fines. Paupières inférieures : état folliculaire, saignant très facilement.

Traitement révulsif et décongestif énergique : frottage au tampon qui amène une forte hémorragie ; ventouses à la tempe ; purgatif et sinapismes aux jambes ; enfin, vaseline au protargol au 1/15. Ceci répété plusieurs jours amène une atténuation considérable, interrompue parfois par une poussée cornéenne avec retour des vaissseaux, du picotement, et du larmoiement. Les petites granulations détruites au tampon et par le protargol semblent étrangères à ces rechutes survenant tous les 5 ou 8 jours. On trouve à ce moment des ulcères superficiels et sinueux sur la cornée, parfois fusant sous l'épithélium qui s'enlève facilement par le frottement extérieur des paupières. L'antisepsie locale et les dérivatifs généraux ont raison de toutes ces récidives qui ne durent jamais plus de 36 heures. Néanmoins, la congestion conjonctivale O. D persistant, je fais une péritomie large : ablation d'une couronne de 1 mm. 1/2 environ tout autour de la cornée à 5 mm. du limbe, sans chercher à arrêter l'hémorragie ; pansement au protargol

VALERIANATE PIERLOT
PUISSANT ANTISPASMODIQUE
neurasthénie, spasmes de l'accommodation, tics de la face et des paupières, névroses, etc.
LANCELOT ✲ et Cie, pharmaciens, 26, rue Saint-Claude, PARIS

ON MED
FEB 4 1919

(vaseline 1/15). La plaie est invisible en moins de 5 jours et depuis, aucune rechute ulcéreuse cornéenne n'est apparue sur l' O D. De plus, on fait des pulvérisations chaudes 2 fois par jour et prolongées. Pendant ce temps l' O G a aussi présenté plusieurs fois des abcès superficiels dont un assez étendu. Le même traitement fut appliqué et le malade demandait un moment qu'on lui fît sur l'O G la même opération ; mais l'indication ne fut jamais réalisée. Je crois que ces érosions et ces points de suppuration sous-épithéliale ou interlamellaire superficielle de la cornée doivent être attribués aux attouchements souillés que le malade faisait fréquemment subir à son œil à cause du larmoiement abondant.

A la date du 10 janvier, le malade est à peu près guéri. Il dit qu'il n'a jamais aussi bien vu depuis que ses yeux ont été atteints. V égale 1/4 de près et de loin pour chaque œil. Néanmoins la crainte de rechutes fit reporter sa sortie jusqu'au 31 janvier. Ces rechutes, localisées à l'OG qui n'avait pas été péritomisé, furent presque insensibles, durant de 2 à 6 heures seulement, mais pendant ces 20 jours, le malade subit un massage spécial destiné à rendre à sa paupière supérieure l'amplitude d'élévation normale.

Si on examine la paupière supérieure, en effet, on trouve la peau ridée et lâche et le tissu cellulaire sous-jacent flasque et distendu par le gonflement, lors de l'état aigu de la maladie : aucune tonicité et aucune élasticité dans ses fibres. Le muscle orbiculaire est rétracté mais sans souplesse ; il est mince et très prompt au spasme réflexe. Si on cherche à apprécier le releveur de la paupière en pénétrant profondément au-dessus de l'œil dirigé en bas, on ne sent rien lors de sa contraction. Le tarse est épais, surtout dans sa portion supérieure, et, au lieu d'une limite à peine sensible entre lui et le ligament suspenseur, c'est un véritable bourrelet qu'on a sous le doigt. Nous ne parlerons pas de la conjontive tarsienne, normalement inappréciable, et ici disparue dans un tissu cicatriciel.

Quelles causes trouvons-nous à cet état ? Deux grandes : d'abord le blépharospasme et l'état cicatriciel du tarse. Le premier a été entretenu dans son intensité et sa persistance par la répétition des atteintes, la durée de l'affection, et surtout l'état nerveux très spécial du sujet : c'est à ce spasme que l'on doit l'état de la peau (l'étranglement des vaisseaux ayant amené l'œdème cutané), de l'orbiculaire et du releveur (atrophié et distendu par suite de l'action continuelle et dominante de l'antagoniste.)

Quant à l'état cicatriciel du tarse, je crois que, malgré l'intensité et l'acuité des accidents, l'épaississement considérable peut être en partie attribué aux scarifications répétées qui ont été pratiquées. On peut remarquer en Algérie que le ptosis des granuleux est toujours peu intense et souvent nul chez les indigènes qui n'ont subi aucun traitement chirurgical. Celui-ci, toujours très actif, donne un résultat immédiat excellent et curatif, mais, avec plus de patience et une intervention moins tranchante, le résultat me paraît être aussi sûr et plus esthétique. La cicatrice est ici trop abondante et demanderait une intervention secondaire pour être diminuée de poids. Avant d'en arriver là j'ai cru pouvoir utiliser un moyen simple de thérapeutique : le massage.

Le massage doit agir sur l'état de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, sur l'orbiculaire et le releveur, qu'il doit rapprocher de leur état normal en rendant à l'un sa force à l'autre sa souplesse, enfin sur le tarse qu'il doit rendre plus souple, chose relativement aisée, et plus léger, ce que je ne me flatte pas d'avoir atteint. Plusieurs manœuvres seront donc utilisées : le pincement et le pétrissage ordinaires agissent sur la peau et les muscles. Un massage ou frottement appuyé assouplira l'orbiculaire surtout dans sa moitié supérieure ; ces opérations sont pratiquées avec la pulpe du pouce, de l'index et parfois du médius sans procédé spécial.

Quant au tarse, pour l'atteindre, il faut, la peau étant lubréfiée, les deux pouces étant présentés dos à dos (l'ongle court dépassant peu ou pas, promener leurs extrémités appuyées au-dessus des angles internes et externes des paupières supérieures en les rapprochant de façon à soulever le tarse en un pli écarté de la conjonctive bulbaire. On assouplit ainsi une zone sensiblement médiane. L'action doit ensuite être répétée sur des points de plus en plus latéraux en effectuant l'adossement des phalanges des pouces sur ces points : ceci est de plus en plus difficile quand on se rapproche des côtés de l'orbite. Il faut exercer une pression douce et moyenne, le tarse pouvant être fracturé et aussi la conjonctive sous-jacente étant facilement irritée par la force qui roule

au-dessus d'elle. On peut remarquer que, si une pommade médicamenteuse a été introduite dans les culs-de-sac, la pénétration en est activée en même temps que le traitement du ptosis se poursuit. J'ai pratiqué ce massage des tissus palpébraux sur le nommé V..., Ferdinand pendant 20 jours. Les premières fois, il y eut une réaction conjonctivale qui me força à suspendre pendant 48 heures, mais à la fin, le massage put être fait deux fois par jour. Naturellement, le malade faisait lui-même, l'entraînement de son releveur sans qu'il fût nécessaire de l'y inciter. Le résultat fut une élévation considérable du bord inférieur de la paupière supérieure découvrant entièrement la pupille et permettant le regard en position élevée sans intervention des muscles postérieurs de la nuque ou sans aider de ses doigts sa paupière impuissante.

Je crois que ce traitement pourra être utilement appliqué dans des cas semblables et que le massage palpébral doit avoir sa place dans une thérapeutique oculaire soucieuse d'un résultat complet.

REVUE CLINIQUE

Dr A. Senn (de Wyl). — **Rétino-choroïdite rudimentaire dans la syphilis héréditaire. Importance du traitement.** (*Archiv. f. Augenheilkunde*, vol XLIV.)

Si, après avoir choisi avec soin chez certains patients des verres sphériques ou cylindriques, et obtenu une acuité visuelle insuffisante ou inférieure à 1, 0, on ne se contente pas du diagnostic « *Amblyopie sans lésions* » et si on examine alors à l'ophtalmoscope et avec mydriase on trouve assez fréquemment, dans des yeux que l'on considère comme normaux, des altérations très rudimentaires qui montrent que ces yeux ont subi une inflammation très chronique ou en voie d'évolution de la rétine et de la choroïde. De plus, si on recherche l'étiologie de ces altérations au fond de l'œil, souvent à peine indiquées, les anamnestiques fournissent des signes de syphilis héréditaire, et si l'on entreprend une cure anti-syphilitique énergique, dans ces cas et dans ceux où l'hérédité ne semble pas en cause, on obtient le plus souvent une amélioration surprenante de l'acuité visuelle.

Telles sont les conclusions d'une communication provisoire, faite à Berne par l'auteur le 11 juin 1897, et se rapportant à 22 cas.

Senn après avoir fait l'éloge des travaux d'Antonelli, à qui revient le mérite d'avoir le premier attiré l'attention sur ces amblyopies et ces soi-disantes images ophtalmoscopiques physiologiques, déclare qu'il n'est pas d'accord en tous points avec lui. Il signale les travaux de Trantas, d'Alfieri, de Pisenti et de Dreyer-Dufer qui n'ont pas apporté de faits nouveaux,

La communication que l'auteur présente aujourd'hui repose sur 64 cas, qu'il résume en un tableau sous les titres suivants : réfraction avec la vision lors de la première consultation, et après une cure d'atropine ; acuité visuelle après le traitement ; image ophtalmoscopique, anamnestiques directs et indirects, renseignements sur l'état général, etc.

L'auteur fait remarquer ensuite qu'il a choisi très sévèrement son matériel parmi les sujets exempts d'altérations connues ; c'est ainsi qu'il a rejeté les cas où l'un ou l'autre symptôme des processus pathologiques décrits par lui venait à manquer ; de même, il n'a pas signalé la rétino-choroïdite de la syphilis héréditaire décrite dans les atlas de Haab, Hirschberg, Alexander, Fuchs et Galezowski.

L'*image ophtalmoscopique* de la rétino-choroïdite rudimentaire est la suivante ;

Un caractère commun à tous les cas est l'absence remarquable d'épithélium pigmenté de la rétine, dans certaines régions, ce qui permet de distinguer les vaisseaux de la choroïde d'une manière plus ou moins nette en ces endroits. Sans trop schematiser, on peut distinguer trois types. Le plus fréquent est le type *périphérique*, en ce sens qu'à 5 ou 6 diamètres papillaires en dehors de la papille, les vaisseaux de la choroïde sont visibles sur une surface circulaire plus ou moins bien limitée. Quand l'absence du pigment rétinien se manifeste à 1 ou 2 diamètres de la papille, dans l'espace *circum papillaire* et que les parties équatoriales sont normales ou plus pigmentées que d'habitude, nous sommes en présence du second type, le second en fréquence aussi. Le troisième type est le plus rare. Le manque de pigment apparaît sous forme de *secteurs*, partant de la papille comme centre et s'étendant plus ou moins loin vers la périphérie, en haut ou en bas de l'œil. Trente-cinq cas appartiennent au type périphérique,

22 aux types circum papillaire et périphérique ; les autres cas représentent le troisième type.

Dans ces territoires se trouvent aussi toutes les altérations de la rétino-choroïdite rudimentaire dont nous allons parler. Il ne s'agit pas de ces fonds d'yeux tigrés, où le pigment manque dans l'épithélium pigmentaire, et est amassé dans les espaces intervasculaires du stroma de la choroïde ; mais en dedans de ces limites, ce stroma a une teinte plus ou moins gris sale, un aspect miroitant, bleu-gris en certains endroits, en d'autres il semblerait qu'il est recouvert par un exsudat rétinien. C'est ce que Senn appelle les parties « *chagrinées* ». Ces altérations ne sont pas répandues uniformément dans les différentes zones, mais elles sont entremêlées de parties saines.

Cette décoloration caractéristique de certaines parties de la choroïde montre avec certitude que cette membrane présente une inflammation chronique ou un processus dégénératif. La présence de petits foyers de *choroïdite jaunâtres* ou le plus souvent *pigmentés* est encore un indice en faveur de la pathogénie de ces altérations. Ces foyers sont ronds, bien limités et bien distincts et ont 1/4 à 1mm. de diamètre. *Plus ils sont grands, moins ils sont nombreux.*

Cette triade, caractérisée par le manque de pigment de la rétine réparti en 3 zones distinctes, les parties chagrinées de la choroïde, et les foyers de choroïdite très petits et très disséminés, coexiste dans tous les cas. En aucun cas ne manquent en particulier les foyers rudimentaires de choroïdite ; le tout est de savoir les trouver. Cette triade forme l'image caractéristique de la rétino-choroïdite rudimentaire de Senn ; quelquefois d'autres signes de valeur secondaire peuvent s'y ajouter.

Dans un cinquième des cas, les *parties équatoriales du fond de l'œil paraissent plus colorées* que d'habitude. Dans d'autres cas les *vaisseaux choroïdiens* paraissent amincis et vides de sang, *oblitérés* par endroits. Enfin des modifications secondaires du *nerf optique* nous montrent bien que les membranes internes de l'œil ont fortement souffert. L'aspect de la papille varie depuis une teinte légèrement jaunâtre et décolorée, jusqu'à l'image caractéristique de la papille dans la rétinite pigmentaire.

L'auteur indique encore un caractère commun à toutes ces altérations : *elles sont difficiles à reconnaître.*

La deuxième question, celle qui concerne l'*étiologie* de cette affection de la choroïde et de la rétine, est très difficile à résoudre. L'auteur insiste sur la difficulté de la recherche des signes d'infection spécifique chez les parents et des stigmates pathognomoniques dans la syphilis héréditaire. Il a pu trouver des signes plus ou moins certains de syphilis héréditaire dans 42 cas sur 64.

Puis l'auteur aborde la question la plus importante, le *traitement.* L'amélioration de l'acuité visuelle étant la base de l'appréciation de toute thérapeutique oculaire, les modifications de l'acuité visuelle sont notées dans les colonnes 7, 9 et 10 du tableau.

Comme le montre la colonne 10, le plus grand nombre des malades qui subirent le traitement spécifique furent d'abord soumis à une longue cure d'atropine, et cela pour deux raisons : 1° pour déterminer exactement la réfraction, 2° pour que l'amélioration produite par le traitement spécifique ne puisse être attribuée à la cure d'atropine et au repos, ceux-ci ayant produit tout leur effet.

Quarante et un malades seulement furent soumis au traitement spécifique — par l'huile biodurée suivant la méthode de Panas —. Cette méthode, employée depuis des années par l'auteur, lui a donné des résultats remarquables. On fait 40 injections au minimum et l'on continue tant que l'acuité visuelle s'améliore. Pour compléter le traitement, on fait une légère cure d'iodure de potassium pendant trois semaines à 6 mois. Dans quelques cas, Senn a combiné le traitement ordinaire avec *injections sous-conjonctivales* d'oxycyanure d'hydrargyre au 1/4000 sans cependant pouvoir préférer l'une ou l'autre méthode.

41 cas (81 yeux) furent donc ainsi traités.

L'acuité visuelle fut notée avant et après le traitement.

Ce tableau nous montre que 12 cas (une cataracte capsulaire postérieure, deux leucomes cornéens, un strabisme convergent, une cataracte capsulaire postérieure, une persistance de l'artère centrale, un strabisme divergent) n'ont subi aucune amélioration, ou une amélioration de 0,2 seulement. Il est évident que l'on pouvait s'y attendre, et cependant le *gain moyen de l'acuité visuelle avant et après le traitement dans les* 41 *cas est de* 0,54,

Cette moyenne nous donne une idée de l'efficacité du traitement employé.

Senn résume ensuite plusieurs observations d'amblyopie très ancienne améliorée rapidement par un traitement de courte durée ; *c'est ce qui se produit aussi par les injections sous-conjonctivales dans la choroïdite myopique*, où l'on peut améliorer une acuité visuelle diminuée déjà depuis très longtemps : avec cette différence que, dans la rétino-choroïdite rudimentaire, les altérations sont plus anciennes encore. Il faut encore noter que *l'amélioration de l'acuité visuelle une fois obtenue persiste sans changer*. D'autre part, il a été reconnu aussi que dans les cas compliqués de myopie progressive, cette myopie restait stationnaire après le traitement.

En ce qui concerne l'*âge* : Senn a traité 16 malades entre 1 et 10 ans, 41 malades entre 10 et 20 ans, 12 entre 20 et 30 ans et 1 entre 40 et 80 ans.

Les colonnes 5, 6 et 8 nous donnent des notions très-intéressantes *sur la réfraction* de ces malades. Ce qui frappe tout d'abord, c'est le pourcentage relativement élevé d'un astigmatisme cornéen notable. On trouve en effet un astigmatisme cornéen supérieur à 1,25 et bilatéral dans 13 cas, un astigmatisme unilatéral supérieur à 1,25 dans 24 cas. En outre, 27 cas ont un astigmatisme supérieur, soit 42,2 % qui se répartissent ainsi : astigmatisme supérieur à 2 D. dans 15 cas, 23,4 %, dont 12 cas à astigmatisme supérieur à 2 D. soit 18, % de tous les cas.

Antonelli, lui aussi, a attiré l'attention sur cet astigmatisme qu'il a rencontré dans presque tous les cas présentant des stigmates, et le rapporte à l'action dystrophique de la syphilis héréditaire. L'auteur se demande si l'on ne pourrait pas admettre une explication plus simple en considérant que les mauvaises conditions ou se trouvent les membranes de l'œil astigmate seraient favorables à la reception et au développement du virus de la syphilis héréditaire.

En ce qui concerne les autres vices de réfraction, on trouve 16 emmétropies, 8 hypermétropies, 20 myopies (14 yeux ayant une myopie inférieure à 2 D et 13 ayant une myopie de 2 à 5 D, 11 une myopie de 5 à 10 D, un seul cas ayant une myopie supérieure à 10 D).

L'*examen périmétrique* fournit des éléments certains de diagnostic et une appréciation non moins sûre de la marche du traitement. Le champ visuel présente deux types bien distincts.

Le premier et le plus fréquent montre (avant le traitement) un rétrécissement assez régulier pour le blanc, le gris limite et les couleurs. Après le traitement, on voit un élargissement des limites pour les couleurs et le blanc, de telle sorte qu'en allant de dedans en dehors, le vert se trouve à la place du bleu, le bleu à la place du gris limite, le gris limite à celle du blanc, et le blanc à 14° en dehors. Il est intéressant de noter que les limites pour les couleurs n'atteignent jamais leur situation normale, car il persiste toujours une certaine torpeur de la sensibilité lumineuse à la périphérie de la rétine.

Dans le second type, nous voyons avant le traitement un rétrécissement général intéressant surtout le blanc, le gris limite et le bleu, un peu moins le vert. Le bleu, le blanc, le gris limite, s'avancent assez près des limites relativement étendues du vert. Après le traitement, les couleurs reprennent leurs limites normales. En ce qui concerne le *sexe* nous avons observé 33 malades du sexe masculin et 41 du sexe féminin. La *fréquence* de la chorio-rétinite rudimentaire comparée aux autres maladies oculaires donne un peu moins de 1 % (0,91 0/0) chiffre qui n'a rien d'étonnant si on admet avec Hirschberg que sur 100 individus adultes qui consultent l'oculiste, 12 ont ou ont eu la syphilis.

Senn résume enfin les stigmates décrits par Antonelli et montre en quoi ils diffèrent de la chorio-rétinite rudimentaire.

Hormis la décoloration du nerf optique, simulant plus ou moins l'atrophie de ce nerf et rencontrée quelquefois par lui, l'auteur n'a pas constaté de modifications importantes du nerf optique et de ses vaisseaux. Il n'admet pas non plus, comme des stigmates, les légères irrégularités des bords de la papille et des vaisseaux que l'on rencontre sur certains yeux sains. Senn n'attribue pas, comme Antonelli, une grande valeur à l'anneau choroïdien et à la pigmentation de la zone péri-papillaire. Mais quand les vaisseaux sont complètement voilés et sont interrompus par endroits, on peut attribuer le processus d'endartérite et de périartérite à la syphilis. L'auteur n'a pas rencontré dans les yeux traités ce qu'Antonelli

appelle teinte ardoisée du pourtour de la papille, par contre, il a vu cette teinte ardoisée péri-papillaire, dans des yeux qui peuvent être considérés comme normaux.

Senn attire encore l'attention sur un point où il est en désaccord complet avec Antonelli, nous voulons parler de l'importance des foyers isolés de choroïdite. Quand les amas de pigment ressemblent à des corpuscules osseux, Senn ne les a jamais trouvés isolément (voir le texte d'Antonelli p 136 et 137) et ne peut laisser de les considérer commme rudimentaires. Mais en ce qui concerne les vrais foyers de choroïdite, un des symptômes cardinaux de la chorio-rétinite rudimentaire de Senn, et qu'Antonelli signale à peine (ou bien des véritables foyers choroïdiens, plus ou moins larges et nombreux, etc.), l'auteur insiste encore sur leur grande valeur. Ces foyers ne sont que rarement bien apparents, ils sont isolés et diminués et ne peuvent être décelés que par un examen systématique du fond de l'œil. Antonelli et Senn ne s'accordent pas non plus sur le groupement des stigmates. Senn n'a jamais trouvé le type central à l'état de pureté tandis qu'il a vu le type périphérique isolé ; il existe des altérations papillaires et péri-papillaires, la périphérie de l'œil y prend toujours part.

Ces différences établies, Senn pense qu'il existe encore assez de traits communs entre les stigmates d'Antonelli et les siens, pour affirmer toute la valeur de ces signes dans la syphilis héréditaire, et pour appeler d'autres recherches.

Dr Abt (Nancy).

Sur l'amblyopie nicotinique.

Juan Santos Fernandez. — **Hygiène de la vue.** (*Académie des sciences médicales* de La Havane, 1875).

— **Considérations sur les maladies des yeux observées dans l'île de Cuba en 1875.** (*Communication à l'Académie royale des sciences médicales physiques et naturelles de la Havane, Cronica medico-quirurgica.* T. II, p. 581, 1876).

— **Troubles visuels observés chez les ouvriers des fabriques de tabac et moyens de les éviter.** (*Revista de Medicina y Cirugia practicas.* T. VI. 569-572, 1880).

— **Diagnostic différentiel entre les amblyopies produites par l'alcool et le tabac.** (*Académie de méd. de Mexico. Gaceta medica de Mexico.* T. XXIV, p. 201-204, 1891).

— **Le tabac de Cuba et les troubles de la vue.** (*Congrès international contre l'abus du tabac.* Août 1900, Paris).

C. E. Finlay. **Amblyopie alcoolique et tabagique à Cuba.** (*III. Congreso medico-Pan Américano, La Havane.* Février 1901 *Anales de Oftamologia.* Avril 1901).

Alberto. B. Hale (*de Chicago*). — **Irritation oculaire par le tabac chez les ouvriers des fabriques de cigares et leurs manifestations oculaires.** (*Anales de Oftalmologia.* Septembre, 1901).

Juan Santos Fernandez. — **Les manifestations oculaires externes et de la vision provoquées par le tabac.** (*Cronica médico-quirurgica de la Habana.* Décembre 1901).

Les troubles visuels occasionnés par l'abus du tabac peuvent s'observer dans toutes les contrées. Cependant il est particulièrement intéressant de connaître à ce sujet l'opinion des oculistes qui exercent dans les pays producteurs de tabac et où se trouvent également des fabriques employant un grand nombre d'ouvriers.

C'est de la Havane, naturellement, que devaient nous venir les plus nombreux documents sur ce sujet, Notre distingué confrère Santos Fernandez, qui exerce dans ce pays depuis 1875, bien placé par conséquent pour étudier cette question, n'a pas cessé de s'en occuper depuis le début de sa pratique, ainsi qu'en témoignent les nombreux travaux qu'il a publiés.

Le Dr Finlay, qui exerce également à Cuba, et le D. A. B. Hale, de Chicago, ont publié également de récents travaux sur ce sujet.

Avant de s'installer à la Havane, M. Santos Fernandez avait fait un long séjour en Europe où il avait pu fréquenter les principales cliniques de cette époque. « J'étais suggestionné, dit-il, parce que j'avais vu en Europe avant de m'établir en Amérique, à savoir que tous les malades atteints d'atrophie de la papille, venant de pays où il se faisait un grand usage du tabac étaient justiciables de nicoti-

nisme, et dans les cliniques de Paris et de Londres il était courant de diagnostiquer journellement l'amblyopie nicotinique. Ainsi s'explique que, dans le cours de ma première année d'exercice à la Havane, j'aie trouvé plus de troubles occasionnés par l'intoxication nicotinique que pendant les vingt-cinq années suivantes. » Mais plus tard, après quelques années de pratique dans son pays, l'auteur se fait une opinion personnelle qui se résume en ces mots : « L'amblyopie nicotinique, malgré la grande quantité de tabac qui se fume dans notre pays, est cependant moins fréquente qu'en Europe, différence qui peut être attribuée à la qualité du tabac et à la manière de le fumer. »

Actuellement, M. Santos Fernandez demeure persuadé que l'amblyopie nicotinique est beaucoup plus rare dans le pays du tabac qu'on ne le croit généralement, et il partage cette opinion avec de Wecker, à savoir que le tabac est souvent accusé de déterminer des amblyopies et des amauroses provoquées par l'alcool et le tabès.

L'influence nocive du tabac sur les yeux a été étudiée par les auteurs américains à différents points de vue : par absorption chez ceux qui font usage du tabac ; par action irritative directe sur les téguments externes, chez ceux qui le travaillent.

Nous venons de voir l'opinion de M. *Santos Fernandez* concernant l'action du tabac sur le nerf optique.

M. Finlay, au dernier congrès tenu à la-Havane, en février 1901, a fait sur ce sujet une communication dont les conclusions diffèrent de celles de M. Santos Fernandez, bien que ces deux confrères exercent à la Havane. Il relate 92 cas d'amblyopie alcoolique et tabagique recueillis parmi 4300 malades de sa clientèle privée. Son expérience, depuis huit années qu'il exerce à Cuba, concernant la soi-disant immunité des Cubains et des Espagnols contre l'amblyopie tabagique est contraire à l'opinion autorisée d'autres auteurs en cette matière.

Ces cas se répartissent ainsi suivant *la race* :

75	blancs, cubains ou espagnols
5	mulâtres cubains
8	noirs, cubains
2	blancs, nord-américains
2	blancs, français.
92	

Quant à l'agent toxique ;

5	cas	d'amblyopie alcoolique pure
31	—	tabagique pure
56	—	mixte d'alcool et de tabac
92		

Quant à la marche :

Cas aigus	23
— chroniques	48
— d'atrophie partielle	17
— d'atrophie totale	4
	92

Ainsi, d'après M. Finlay, l'amblyopie nicotinique serait au moins aussi fréquente à Cuba que dans les pays d'Europe, tandis que, pour M. Santos Fernandez, l'amblyopie tabagique y serait rare, et fréquente au contraire l'amblyopie alcoolique.

Faisons remarquer que sur les 31 cas d'amblyopie tabagique pure, deux se rapportent à des ouvriers de fabrique ne faisant aucun abus d'alcool ou de tabac et chez lesquels par conséquent l'intoxication s'expliquerait par le contact de la poudre de tabac avec les muqueuses.

Si la manipulation du tabac ne paraît donner lieu qu'à de très rares cas d'intoxication, en revanche, suivant M. Hale, de Chicago, elle produirait fréquemment des irritations externes : les paupières sont enflées, mais non volumineuses. La conjonctive est turgescente, rouge, semblable à une surface cruentée, et en retournant les paupières, surtout l'inférieure, on trouve une masse de tissu enflammé qui fait saillie. La conjonctive bulbaire est de couleur sale. Les vaisseaux sont très apparents, dilatés, et arrivant très près du limbe de la cornée. La cornée est transparente, mais l'iris est paresseux et généralement la pupille est plus petite qu'elle ne devrait l'être normalement. A l'ophtalmoscope le fond de l'œil est aussi normal, mais presque toujours la vision est réduite à 6/12 ou 6/18. D'après l'auteur, on doit admettre qu'il y a dans ces cas une légère intoxication par absorption de contact de la poudre avec les muqueuses, mais cette intoxication ne dépasse pas certaines limites.

Cette irritation conjonctivale par la poudre de tabac ne s'observe cependant pas dans les fabriques de Cuba. Cela tient à ce que celles-ci adaptées à un climat chaud, plus spacieuses plus aérées, exposent moins les ouvriers aux

inconvénients de la poudre de tabac. Ainsi s'explique qu'à la Havane, sur un contingent de cent cinquante fabriques de tabac de plus ou moins grande importance et dans lesquelles sont employés en moyenne de douze à treize mille ouvriers, dont quinze cents femmes, moins résistantes que l'homme, surtout dans ce climat, M. Santos Fernandez, dans sa statistique de trente-six mille malades inscrits, n'ait pu relever qu'un très faible nombre de ces conjonctivites provoquées par l'action irritative directe du tabac.

En revanche, cet auteur a noté un plus grand nombre d'asthénopies accommodatives provoquées par l'anémie chez ces ouvriers, déjà débilités par la température de 28 degrés qui est la moyenne à Cuba.

M. Santos Fernandez, avons-nous dit, avait été frappé pendant son séjour à Paris et à Londres du grand nombre d'amblyopies tabagiques qu'il avait vu diagnostiquer dans les cliniques de ces deux capitales.

En ce qui concerne Paris au moins, cette surprise n'est pas particulière à M. Santos Fernandez. Pour mon compte, alors que je fréquentais certaines cliniques de Paris, j'ai vu diagnostiquer un très grand nombre d'amblyopies nicotiniques, tandis que, depuis quinze ans environ, soit parmi les malades des hôpitaux, soit à ma clinique, ou dans mon cabinet, je ne me souviens pas d'en avoir vu plus de quatre ou cinq cas, et encore ne pourrais-je pas assurer que le tabac était seul en cause. Je n'en dirai pas autant de l'amblyopie alcoolique, qui a été très fréquente à Paris, mais qui semble diminuer depuis une année, peut-être à cause de la campagne anti-alcoolique, à qui l'on doit certainement une notable diminution dans la consommation de l'absinthe.

D'ailleurs, l'amblyopie toxique par le tabac ne s'observe guère dans le peuple, qui n'est pas assez riche pour pouvoir fumer beaucoup. C'est surtout dans la classe aisée qu'on la trouve, et particulièrement chez les étrangers, gros fumeurs de cigares, beaucoup plus que les Français, qui font plutôt usage de cigarettes. Or qui ne connaît de ces extraordinaires fumeurs de cigarettes qui n'ont jamais eu aucun trouble de la vue. Ils toussent, ils ont mauvais appétit, mais ils viennent rarement consulter l'oculiste. Nous pouvons en dire autant de ces fumeurs qui n'enlèvent pas leur pipe des lèvres de tout le jour, ce qui ne les empêche pas de vivre longtemps et avec de bons yeux jusqu'à la fin. Il n'en pas de même des fumeurs de cigares, ou du moins de ceux qui en font une grande consommation quotidienne. L'intoxication se manifeste chez eux d'abord par des cardiopathies qui peuvent aller des simples intermittences du pouls à l'angine de poitrine, puis par le scotome central. Mais je le répète, je crois que ces cas sont très rares en France. C'est du moins l'opinion personnelle qui se dégage de ma pratique.

JOCQS.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

Séance du 4 février

M. CHEVALLEREAU. **Rupture de la rétine.** — M. Chevallereau présente un malade qui, à la suite du choc violent de l'œil gauche par un morceau de bois de la grosseur du poing, est atteint d'une rupture de la rétine avec hémorrhagies de la rétine et du corps vitré, mais sans aucune autre lésion. La déchirure forme une ligne légèrement courbe placée à la partie supérieure et interne, à environ deux diamètre papillaires du nerf optique ; elle est longue d'environ 4 diamètres papillaires. Les bords de la rétine déchirés sont repliés en dehors comme les revers d'un habit. Depuis l'accident, qui remonte à douze jours, ces bords s'écartent ; de plus, la rétine déchirée, s'enroulant sur elle-même, est soulevée par la sérosité qui s'infiltre sous la membrane. Le malade lit encore de cet œil les plus fins caractères des échelles typographiques ; mais M. Chevallereau porte néanmoins un pronostic fatal ; il est probable en effet que l'altération de la rétine continuera jusqu'à disparition complète de la vision.

MM. CHEVALLEREAU et CHAILLOUS. **Tabès conjugal.** — MM. CHEVALLEREAU et CHAILLOUS rapportent deux cas de tabès affectant à la fois les deux conjoints. Ces cas sont rares, car il n'en a guère été publié que vingt-sept observations. Dans le premier cas, il s'agit de tabès classique, surtout oculaire, chez le mari.

chez lequel il paraît causé par un chancre passé presque inaperçu à l'âge de 18 ans, et non soigné ; chez la femme, où le tabès s'est développé 9 ans après le début constaté chez le mari, les phénomènes sont beaucoup plus tumultueux : incoordination motrice, douleurs fulgurantes, crises gastriques, troubles de la miction, etc.

Dans la seconde observation il s'agit de tabès fruste et le diagnostic dans ce cas est fortement éclairé par la comparaison des deux conjoints. Sans nier l'origine syphilitique de la plupart des cas de tabès, M. Chevallereau insiste sur ce fait qu'il n'a jamais observé chez un tabétique ni névrite optique, ni chorio-rétinite, alors que ces lésions sont cependant si communes chez les syphilitiques ordinaires,

M. A. Terson. — A propos des signes oculaires du tabès, je me permets d'insister sur les déformations de l'orifice pupillaire qui est souvent irrégulier, oblong, oblique, ovalaire. Quand on constate une pupille étroite avec ces déformations, il est bien rare qu'on ne trouve pas aussitôt le signe d'Argyl-Robertson et les signes généraux du tabès.

M. Antonelli.— M. Terson a parfaitement raison, car la pupille des tabétiques est souvent ovalaire, ou même irrégulière. Quand cette dyscorie, jointe au myosis, existe uniquement d'un côté, elle peut simuler l'existence des synéchies postérieures d'autant plus que les pupilles ne réagissent pas à la lumière, Dans un cas de ce genre, tout dernièrement, j'ai cru devoir recourir à l'atropine, étant donné aussi que l'étiologie du tabès, chez ce malade, était douteuse et que, par l'existence de synéchies ou de dépôts sur la cristalloïde, j'aurais obtenu encore une présomption d'étiologie syphilitique. La pupille se dilata régulièrement, mais médiocrement ; et, à ce propos, il est utile de signaler que les pupilles des tabétiques, surtout quand leur myosis est très prononcé, obéissent fort mal aux mydriatiques, car la cocaïne ne les change pas du tout et l'atropine, même à forte dose, provoque une dilatation à peine supérieure à la moyenne.

Quand M. Chevallereau parle de la rareté des lésions ophtalmoscopiques autres que l'atrophie papillaire, chez tes tabétiques, même anciens syphilitiques, il néglige, je crois, les altérations vasculaires les plus délicates, les dystrophies pigmentaires de la chorio-rétine plus ou moins diffuses ou en îlots, en d'autres termes, les *stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires* de la *syphilis ancienne, qu'elle soit congénitale ou acquise.*

M. Galezowski a observé en effet plusieurs fois des déformations pupillaires, chez les tabétiques, mais il ne partage pas l'opinion de M. Chevallereau au sujet de l'absence de lésions chorio-rétiniennes dans les yeux tabétiques. Souvent il a vu chez ces malades des lésions choroïdiennes syphilitiques et de névro-rétinite.

M. Chevallereau n'avait pas à parler des déformations pupillaires chez les tabétiques qui en effet sont communs comme le fait remarquer M. Terson. M. Marandon de Montyel, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, trouve même des déformations pupillaires non seulement chez tous les tabétiques et tous les paralytiques généraux, mais encore chez presque tous les vésaniques. Il n'a jamais constaté chez les tabétiques les stigmates syphilitiques dont parle M. Antonelli. Quant à l'atrophie papillaire des syphilitiques dont parle M. Galezowski, il n'y aucun rapport à établir entre elle et celle des tabétiques. Dans le premier cas, la papille atrophique conserve toujours des bords frangés, tandis que chez les tabétiques la papille a toujours des bords parfaitement nets.

M. Dupuy-Dutemps — **Mélanosarcome primitif de l'iris.** (*Présentation de préparation.*)

Chez un homme de 45 ans, il s'est produit, à l'âge de 23 ans, à la partie inférieure de la face antérieure de l'iris, une tache brune qui est restée longtemps stationnaire.

Sans produire aucune réaction, ni douleureuse ni inflammatoire, cette tache faisant un léger relief, a grossi dans ces dernières années. V = 1.

Le segment de l'iris sur lequel se trouve la tumeur est enlevé par une iridectomie. Guéri son rapide. Pas de récidive depuis huit mois.

L'examen microscopique démontre un *mélanosarcome.* L'iris paraît avoir été atteint primitivement indépendamment du corps ciliaire, qui semble indemne.

Ce mélanome est formé par la prolifération des cellules pigmentaires normales de l'iris et

du tissu conjonctif qui constituent la masse principale de la tumeur. Dans cette masse se sont développés des nodules sarcomateux à cellules fusiformes séparées par ces tractus conjonctifs. Ces cellules sarcomateuses sont peu chargées de pigment de même que les interstices qui les séparent.

L'épithélium postérieur de l'iris est sain et nettement distinct de la masse néoplasique ; celle-ci contient quelques vaisseaux assez volumineux pourvus d'une paroi propre et dont le siège est indépendant de la distribution des foyers sarcomateux et du pigment. Celui-ci, comme le montre la réaction de Perls est du pigment mélanique vrai. En résumé, il s'agit d'un mélanome bénin en voie de transformation sarcomateuse. Cette transformation déjà constatée pour les nœvi de l'iris a aussi été observée pour les nœvi pigmentaires de la peau. Elle se fait par un processus semblable à celui de la transformation sarcomateuse des fibromes.

Les *mélanosarcomes* primitifs de l'iris sont très rares. L'auteur n'en a pas relevé d'autre cas publié en France et seulement sept cas analogues dans la littérature étrangère.

Des autres cas publiés, il ressort que le mélanosarcome primitif de l'iris peut durer de 10 à 25 ans sans envahir l'œil et que, à la suite de son extirpation, il n'y a pas eu récidive dans une période de un à deux ans où les malades ont pu être suivis.

Ces néoplasmes ne sont donc pas justiciables de l'énucléation immédiate.

M. E. Kœnig. — Mélano-sarcome du corps ciliaire et de l'iris.

M. Kœnig rapporte l'observation d'un malade âgé de 61 ans, porteur d'un mélano-sarcome ayant pour origine le corps ciliaire et s'étant développé en arrière dans le corps vitré sous une forme globuleuse et en avant au-devant de l'iris où il s'étalait en nappe. Dans l'épisclère étaient des agrégats mélaniques, et au niveau de la sclérotique de petites bosselures peu apparentes de couleur ardoisée.

Enucléation suivant les règles ordinaires, avec section d'un lambeau conjonctival envahi par quelques points noirâtres. Pour la prothèse, l'auteur a choisi un œil de la fabrication des Frères Muller, à contours arrondis et à double paroi, qui a donné sous le rapport de la ressemblance de la mobilité et de la tolérance les meilleurs résultats. Trois points sont surtout à retenir dans cette observation : l'origine ciliaire du néoplasme, l'intensité de la pigmentation et son extension au-devant de l'iris. D'ordinaire, c'est surtout le sarcome blanc qui a son point de départ dans le corps ciliaire, et on a vu rarement ce mode de propagation par décollement de la grande circonférence de l'iris.

Au point de vue histologique, la tumeur est composée de cellules fusiformes formant des tourbillons et contient un peu de tissu conjonctif. Quelques cellules contiennent beaucoup de pigment mélanique ; en certains points, il forme des masses compactes dures et denses, il y a très peu de vaisseaux. Quelques petits noyaux sarcomateux près du limbe scléro-cornéen. Le néoplasme a décollé la racine de l'iris de son insertion, s'est insinué par un prolongement en forme de coin entre l'iris ainsi décollé et la cornée dans la chambre antérieure.

Au point où la tumeur se sépare de la sclérotique, à sa partie externe, se trouve un espace angulaire occupé par du liquide sous-rétinien coagulé. La paroi latérale à ce niveau est tapissée seulement par de la choroïde, tandis que la rétine ne s'enfonce pas jusqu'à l'extrémité de cet angle ; elle est décollée et passe de la paroi oculaire sur la tumeur en formant un léger repli.

La cornée est intacte, le cristallin a été enrobé à sa partie supérieure sans subir de déplacement.

En raison de l'intensité de la pigmentation, de l'infiltration déjà avancée de l'épisclère et de la conjonctive bulbaire, de la rapidité de son évolution, il y a lieu de craindre la récidive et la généralisation.

M. A. Terson. — Le pronostic du sarcome intra-oculaire est peut-être actuellement le point le plus intéressant de son histoire. Dans ces dix dernières années, j'ai eu trois fois à énucléer des yeux contenant des sarcomes mélaniques. Un de ces cas a été perdu de vue. Le second vivait encore deux ans après l'opération. Le troisième est une dame que je revois encore et à laquelle j'ai, il y a 6 ans, enlevé un œil absolument rempli de sarcome mélanique. Même à cette période tardive, l'énucléation avec résection simultanée d'un fragment de nerf optique a donné un résultat définitif, sans exentération de l'orbite.

M. Galezowski est partisan de l'énucléation lorsque le diagnostic de mélano-sarcome oculaire est certain. Il cite un cas de mélano-sarcome de la caroncule qui, s'étant reproduit après plusieurs opérations, avait ensuite atteint l'œil lui-même et qui nécessita l'énucléation.

M. Valude. **Lymphome sous-conjonctival.** (Présentation de préparations).

Un paysan âgé de 60 ans se présente avec les lésions suivantes :

Les quatres paupières sont tuméfiées, violacées, mollasses. Cet état est chronique.

Au niveau des culs-de-sac conjonctivaux on voit un bourrelet jaune rosé dans toute leur étendue. Pas de sécrétion notable.

L'examen microscopique fait par M. Morax a montré que ce bourrelet était constitué par la prolifération de nombreuses cellules à gros noyau : leucocytes mononucléaires à gros noyau.

Ce n'est pas une conjonctivite produite par les poils de chenille, car on n'y a pas trouvé de poils.

Ce n'est pas non plus une lésion tuberculeuse. Pas de micro-organismes. Le diagnostic est obscur.

M. Morax. — **Dermo-épithélioma de la conjonctive.** (Présentation de préparations).

M. Kalt. — M. Morax vient de nous dire qu'il est regrettable qu'au titre de dermo-épithélioma employé par M. Parinaud, quelques auteurs, comme Best, aient substitué le titre de tumeurs épithéliales ou kystiques bénignes

Je rappellerai ici que j'ai été le premier (*Archives d'Opht.*, 1887) à donner le nom d'épithélioma bénin de la conjonctive à la variété de tumeur décrite par M. Parinaud. J'estimais, et je suis encore de cet avis, que la preuve n'a pas été apportée qu'il s'agît là de tératomes congénitaux. Dès lors, l'expression employée par M. Parinaud risque de consacrer une erreur qu'il est parfaitement inutile de laisser prendre place en ophtalmologie à côté de la *pinguecula*, qui ne contient pas de graisse, du *cartilage* tarse, qui ne contient pas de cartilage, *etc.*

M. Dehenne. — **Rapport sur la question du tarif des honoraires à réclamer aux Sociétés d'assurances.** (*Sera discuté dans les prochaines séances*)

ACADEMIE DE MEDECINE

4 *février* 1901

Deux analgésiques locaux presque exempts de toxicité (Acoïne, Dionine), par le Dr A. Darier.

M. Chauvel, rapporteur.

I. — L'oculistique a donné à la chirurgie la cocaïne, anesthésique local d'un emploi très répandu et qui, malgré ses propriétés toxiques, peut être utilisé, on peut dire *sans danger*, si l'on observe les règles si nettement fixées par notre collègue M. Reclus. Instillée en solution à 1 p. 100 dans le sac conjonctival elle annihile la sensibilité à la douleur de la muqueuse ainsi que celle de la cornée, mais son action n'est ni prolongée ni profonde. Au contraire, la *dionine*, dont notre confrère, le Dr Darier, a démontré les propriétés analgésiantes, permet d'atténuer, et même de supprimer totalement les douleurs oculaires profondes souvent atroces dont souffrent certains malades.

Déposée entre les paupières, elle donne une sensation de cuisson, de brûlure ; elle détermine un œdème parfois considérable, mais en même temps elle endolorit l'œil, et bientôt elle calme les souffrances qui partent de la cornée, de l'iris, du cercle ciliaire ; elle rend le sommeil à de malheureux glaucomateux torturés par les névralgies ciliaires. Sans doute, certains sujets sont réfractaires à son action bienfaisante, et celle-ci ne tarde pas à s'atténuer et à disparaître si l'emploi des solutions est trop souvent répété ; mais, grâce à la dionine, on peut ne pas recourir à la morphine, au chloral, aux hypnotiques généraux, chez les patients chez lesquels ils sont contre-indiqués.

M. Darier conseille aussi de l'utiliser dans les névralgies dentaires. Une parcelle de dionine déposée dans la cavité creusée par la carie, et maintenue en place par une boulette de coton, suffit pour calmer les souffrances, pour les faire disparaître durant une ou deux journées, et parfois elles ne reviennent plus.

A ces doses minimes, la dionine n'a jamais produit aucun accident toxique, aucun trouble de la circulation, aucun malaise notable. On peut donc l'utiliser sans crainte d'après notre confrère, et je ne sache pas qu'aucun

grief ait été formulé par d'autres praticiens à l'égard de cette substance.

II. — Au contraire de la cocaïne, qui est un analgésique de surface quand on l'applique sur les muqueuses, l'*acoïne* n'a d'action anesthésique locale que si le revêtement épithélial est détruit, s'il y a plaie ulcérée, perte de substance ; son action est plus lente et plus durable. Mais elle a sur la première le grand avantage, sinon d'être dépourvue de toute toxicité, au moins de n'avoir jamais produit d'accidents aux doses où on l'emploie d'ordinaire. M. le Dr Darier utilise cet alcaloïde pour rendre indolores les injections sous-cutanées ou sous-conjonctivales des substances les plus irritantes, telles que le sublimé, l'iode les solutions salées concentrées.

Dans les opérations un peu laborieuses (énucléation du globe oculaire, névrotomie opticociliaire, blépharoplastie, avancement musculaire), la solution à 1 p. 100 d'un mélange de cocaïne et d'acoïne a donné à notre confrère les résultats les plus satisfaisants comme rapidité et comme durée de l'anesthésie. Aussi n'hésite-t-il pas à recommander cette association pour la pratique des injections intrarachidiennes. Je ne sache pas qu'elle ait jusqu'ici été utilisée dans ces cas.

Ainsi que je l'ai dit au début de ce rapport, la note lue par M. le Dr Darier n'a pas trait à des faits nouveaux, mais bien à des expériences poursuivies depuis plusieurs années et dont il nous avait déjà fait connaître les premiers résultats. Je vous propose donc de déposer son manuscrit dans nos archives et de le remercier de sa communication, preuve de la constance méritoire avec laquelle il poursuit ses intéressantes recherches sur les produits que la chimie met chaque jour à la disposition des physiologistes et des médecins.

REVUE THÉRAPEUTIQUE

Etat actuel de la syphilis-thérapie, par le Dr P. Busch. (*Zeitschrift fur Augenheilkunde*, janv. 1902.)

L'antidote spécifique de la syphilis est encore et toujours le mercure, quelque inconnu que reste encore son mode d'action. Le mercure n'agit pas seulement sur les manifestations en cours, mais il prévient ou recule des accidents ultérieurs.

Il n'y a qu'à la période tertiaire que le mercure trouve un concurrent dans l'iodure de potassium.

Les uns avec Finger attribuent les accidents tertiaires à l'action des toxines, mais la plupart des syphiligraphes sont d'accord pour les attribuer aux microbes eux-mêmes.

Le mercure peut-être introduit dans l'organisme par des moyens et des voies différentes :

Par absorption cutanée dont le meilleur moyen est constitué par les *frictions mercurielles*, une des méthodes les plus anciennes et les plus puissantes, *L'onguent napolitain* peut être remplacé par la *lanoline hydrargyrique* ou par une pommade du même genre au *vasogène*. L'essentiel est que l'onguent soit fraîchement préparé et surtout bien appliqué.

Avant de commencer la cure, il est bon de faire prendre un bain au malade, et de lui donner l'habitude de veiller à la plus grande propreté de sa bouche et de ses dents. Les frictions doivent être pratiquées avec méthode : le premier jour, on frictionnera les deux mollets ; le second la partie interne des cuisses en évitant le pli inguinal ; le troisième jour, on frictionnera les parties latérales du thorax et de l'abdomen ; le quatrième, la partie interne du bras et le cinquième le dos. Un bain est prescrit le sixième jour et l'on recommence la série. Les parties du corps choisies pour les frictions sont celles où l'on risque le moins de provoquer des irritations locales, de l'eczéma, etc.

La pommade doit être appliquée petit à petit et les frictions doivent durer 20 à 30 minutes, de façon à ce que la pommade disparaisse presque complètement dans la peau qui doit rester grise et non pas noire. Les doses journalières varieront de 3 à 4 grammes d'onguent suivant l'intensité de la maladie et le tempérament de l'individu.

Certaines précautions doivent être prises ; les fatigues corporelles ou intellectuelles seront soigneusement évitées ; la nourriture doit être saine, abondante, mais pas excitante ; il faut s'abstenir d'alcool et éviter les refroidissements.

Certaines peaux ne peuvent supporter les frictions malgré tous les soins pris pour éviter

toute irritation cutanée. C'est dans ces cas et lorsqu'il y a dermatose antérieure qu'il faudra avoir recours à d'autres méthodes.

Quant au mode d'absorption du mercure, il est toujours très discuté; les uns veulent qu'il soit absorbé exclusivement par les voies respiratoires. Neumann a pu suivre le mercure sous forme de fins globules, jusque dans les glandes sébacées ou sudoripares ; mais il ne peut être question de leur pénétration à travers la peau elle-même. Probablement, ces globules se volatilisent dans l'intérieur des glandes et sont résorbés à l'état gazeux ; mais aucune preuve matérielle n'a pu encore être fournie de ce fait. En tous cas, la pénétration par voie cutanée serait très faible.

L'absorption par les voies respiratoires étant la plus active, on a cherché à remplacer les frictions par des sachets contenant soit de la pommade, soit une poudre mercurielle (amalgame de magnésium ou d'aluminium). On a fait aussi des étoffes de laine saturées de mercure que l'on porte jour et nuit sur la poitrine. Mais l'action thérapeutique de ces applications n'étant en rien comparable à celle des frictions, il nous faut bien admettre que le mercure est, en somme, absorbé en notable partie par la peau, qui, elle aussi, est un organe respiratoire.

Les *bains de sublimé* peuvent rendre les plus grands services dans les cas de syphilides pustuleuses ou ulcéreuses, qui ne se prêtent pas au traitement par les frictions. Le sublimé, non résorbé par la peau saine, peut très bien l'être par les parties ulcérées.

Les *injections mercurielles* présentent de nombreux avantages sur les autres méthodes; elles sont très commodes et pour le malade et pour le médecin, qui est sûr des doses administrées et absorbées quand il se sert de *sels solubles*. L'action des injections est rapide et puissante, mais l'élimination en est d'autant plus rapide. Il s'agit donc de répéter les doses assez fréquemment, tous les jours d'abord puis tous les deux jours. Aujourd'hui, le sel soluble le plus propre aux injections est certainement le cyanure d'hydrargyre, aussi actif mais moins caustique que le sublimé. L'acoïne peut, du reste, rendre ces injections absolument indolores (1).

(1) Voir : Darier. *Leçons de thérapeutique oculaire*, 2e édition Paris, 1902, 9, rue Buffault.

Les *injections de sels insolubles* ont l'avantage de pouvoir être pratiquées à de plus longs intervalles ; mais elles ont une action cumulative qui a été cause déjà de plusieurs accidents mortels,

L'*huile grise* et le *calomel*, 1/10, sont le plus communément employés, à la dose de une injection par semaine.

La *médication interne*, encore très en usage en France et en Angleterre, tend de plus en plus à céder le pas aux méthodes précédentes. L'absorption par le tube digestif est très irrégulière et les troubles gastriques qu'elle occasionne peuvent gêner considérablement le traitement. Néanmoins, il est des cas où cette médication seule peut être permise, pour des causes individuelles et mondaines.

Quelle que soit la méthode par laquelle le mercure a été administré, il faut en suivre l'action avec une grande sollicitude pour éviter les phénomènes d'intoxication ou même simplement les phénomènes de l'hydrargyrisme du côté de la bouche, du tube digestif et des reins.

Les dents doivent être soignées très attentivement, celles qui sont cariées seront arrachées, les autres doivent être réparées soigneusement. Il faut recommander aux malades de se laver la bouche après chaque repas et de veiller à une asepsie aussi parfaite que possible.

L'hydrargyrisme se montre rarement sous la forme gastro-intestinale : crampes d'estomac, coliques violentes, s'accompagnant de diarrhées parfois sanguinolentes. Ces accidents s'observent surtout chez les sujets débilités, séniles.

Enfin, on a observé de temps en temps la néphrite aiguë comme une des graves complications de l'hydrargyrisme.

Dans quelques cas rares, le traitement mercuriel amène une anémie, une débilitation telle que les accidents syphilitiques revêtent un caractère de malignité tout particulier.

Un traitement mercuriel trop prolongé peut entraîner aussi des phénomènes de dépression nerveuse et d'hypocondrie.

Traitement ioduré. — Tandis que le traitement mercuriel est indiqué à toutes les périodes de la syphilis, l'iodure de potassium a des indications beaucoup plus restreintes. Son vrai domaine est la période tertiaire, où il agit plus vite et plus sûrement que le mercure. Il fait merveille dans les affections osseuses, con-

tre les gommes du système nerveux et contre les céphalées.

L'iodure de potassium est aussi quelquefois très mal supporté : éruptions cutanées, coryza, gastrite, aussi-a-t-on cherché d'autres iodures : de sodium, d'ammonium, de rhubidium, etc., mais l'*iodipine* est peut-être le plus sûr et le moins dangereux des succédanés de l'iode (1).

Traitement des myélites syphilitiques par l'introduction de solution mercurielle dans le canal rachidien

M. Gaucher, pour M. Schachmann, médecin de la Charité à Bucarest, communique une note portant sur un cas de myélite syphilitique qui, après avoir résisté à tous les traitements usuels, aurait été considérablement améliorée à la suite de vingt-trois injections journalières d'un centimètre cube d'une solution de benzoate de mercure au 1/100e dans le canal médullaire.

De cette observation et de deux autres cas analogues, mais dont il ne donne pas présentement le détail, l'auteur a cru pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Les injections intra-rachidiennes de mercure (nous n'avons employé que le benzoate) sont bien supportées par les malades, ne les exposant à aucun accident fâcheux.

2° Les premiers troubles dont elles sont suivies sont de courte durée et, une fois passés, ne se reproduisent plus, l'accoutumance du système nerveux à une forte imprégnation journalière s'étant produite ;

3° L'effet produit sur le système nerveux par cette voie est plus notable et plus rapide que celui d'aucune autre méthode suivie jusqu'à maintenant ;

4° Cette méthode est à tenter dans toutes les maladies chroniques de la moelle dont l'origine syphilitique pourrait être soupçonnée, surtout au commencement de leur évolution, car c'est par cette voie qu'il nous semble qu'on obtient une imprégnation plus forte, plus intime et plus efficace du système nerveux central ;

5° Nous présumons que cette méthode pourrait avoir des applications dans les maladies médullaires de nature non syphilitique, les effets résorbants du mercure étant connus.

(1) Voir *La Clinique ophtalmologique*, n° 1, 1902.

O. Schirmer. — Thérapeutique des plaies pénétrantes infectieuses du globe oculaire. (*V. Graefe's Archiv, LIII.*)

Se basant sur l'efficacité du traitement mercuriel dans l'ophtalmie sympathique Schirmer a cherché à appliquer un traitement du même genre aux blessures graves de l'œil. Nous avons nous-même insisté dès longtemps sur l'importance du traitement mercuriel comme antiseptique et résolutif et non comme un moyen exclusivement anti-syphilitique (1).

Grâce à ce traitement, Schirmer est parvenu à conserver plus de la moitié des yeux blessés avec une vision plus ou moins bonne : dans 60 % des cas d'uvéite fibrineuse et dans 65 % des cas d'uvéite purulente.

Il est de toute importance que la médication soit appliquée aussi près que possible du début des phénomènes inflammatoires. Les frictions mercurielles sont faites à la dose de 8 à 9 grammes chez les hommes de 6 à 8 gr. chez les femmes et de 3 grammes chez les enfants. Les frictions sont faites en deux fois, matin et soir, une demi-dose.

Dans les cas où il est urgent d'intervenir avec une grande rapidité, on peut joindre les injections intra-musculaires aux frictions mercurielles surtout quand il s'agit d'un processus purulent.

Les frictions doivent être longtemps continuées, mais à doses décroissantes, car la cessation trop hâtive du traitement expose à des rechutes graves.

Localement, Schirmer recommande en outre de l'atropine, des compresses chaudes, et du repos :

1° la cautérisation au galvano-cautère de la plaie dans toute sa profondeur.

2° la paracentèse de la chambre antérieure ;

3° les injections sous-conjonctivales, d'abord avec du sublimé à 1/2000 puis avec du chlorure de sodium à 2 0/0 ;

4° l'introduction dans la chambre antérieure de bâtonnets d'iodoforme d'après les indications de Haab, Ostwalt et Mayweg ; mais Schirmer n'a sur ce dernier sujet aucune expérience personnelle.

Enfin il faut se garder d'entreprendre trop tôt des opérations sur de tels yeux si l'on ne

(1) Voir : Darier, *Leçons de thérapeutique oculaire basées sur les découvertes les plus récentes*, 2e éd. Paris, 9, rue Bufault, 1902.)

veut pas s'exposer à des complications graves 3 mois au moins d'accalmie complète de l'organe sont nécessaires avant toute intervention.

OSTWALT. F — **Nouvelle contribution expérimentale sur l'emploi de crayons d'iodoforme pour la désinfection intra-oculaire.** (*Zeitschrift für Augenheilkunde.* VI. 3).

Ostwalt s'est proposé de rechercher s'il ne serait pas utile d'employer, pour les opérations et surtout dans les cas de catarrhes chroniques, où le danger d'infection est grand, de petits crayons d'iodoforme que l'on introduirait dans l'œil dans un but prophylactique. Pour résoudre ce problème, il a fait des expériences sur le lapin, dans l'œil duquel il injectait des cultures très virulentes de bactéries, après avoir introduit, de 1/2 h. à 24 h. auparavant, des bâtons d'iodoforme dans la chambre antérieure.

L'auteur en arrive à cette conclusion que le processus infectieux, après introduction préventive du bâton d'iodoforme, n'est pas essentiellement différent de celui que présente l'œil où l'on a introduit le bâton d'iodoforme dès l'apparition des premiers signes d'infection. Aussi considère-t-il l'action préventive des bâtons d'iodoforme dans les infections légères comme nullement démontrée.

L'auteur n'est pas encore arrivé à faire des bâtons d'iodoforme non irritants sans substance enrobante.

Traitement de la conjonctivite granuleuse par l'ichtargan, par le Dr W. GORTALOFF. (*Medicinische Central Zeitung*, n° 5, 1902.)

L'auteur a traité simultanément et par des moyens différents des cas de trachome d'une intensité à peu près identique, *L'ichtargan* en solution à 1 % donna les meilleurs résultats, surtout dans les cas où la sécrétion était abondante. Déjà le jour qui suivait le premier badigeonnage, la sécrétion était notablement moindre et les malades se sentaient réellement mieux. Les badigeonnages étaient faits au moyen d'un tampon de ouate enroulé au bout d'une tige de bois et bien imbibé de la solution *d'ichtargan* à 1 %. Des cas soignés avec le crayon au nitrate d'argent et les compresses chaudes furent bien moins rapidement améliorés ou guéris.

L'effet favorable de *l'ichtargan* est dû à l'action combinée de l'argent et de l'ichthyol, qui surajoutent l'action astringente à l'action antiseptique.

Dans une publication ultérieure, l'auteur publiera en détail les résultats comparatifs obtenus au moyen de *l'ichtargan* et des autres antitrachomateux, mais il a cru de son devoir de formuler déjà aujourd'hui sa préférence marquée pour ce premier produit dans le traitement de la conjonctivite granuleuse et de ses complications.

DIAN.— **Stérilisation des collyres par l'ébullition.**

Tout le monde sait que des solutions de cocaïne portées plusieurs fois à l'ébullition perdent une grande partie de leurs propriétés. M. DIAN (*La médecine Moderne* 27 nov. 1901) attribue cela au fait que le verre lui-même abandonne au liquide en ébullition une partie de son silicate de chaux et de soude qui rend ainsi la solution alcaline et par conséquent précipite bon nombre d'alcaloïdes.

Nous avons insisté sur ce fait en parlant de l'acoïne qui est précipitée par des traces infinitésimales d'alcali provenant du verre même des flacons dans lequel sont faites ou conservées les solutions. Nous recommandions alors de laver préalablement les verres employés avec de l'acide nitrique puis à l'eau distillée.

M. Dian recommande de se servir de verres d'Iéna (silicate de potasse), qui supportent de nombreuses ébullitions sans s'altérer.

Nous ne saurions trop répéter que, pour les opérations, la vraie solution de l'asepsie des collyres est dans l'emploi de collyres en ampoules comme les ont préparés sur nos indications beaucoup de pharmaciens de Paris et de la province. A. D.

BIBLIOGRAPHIE

HAMMERFAHR A. (Bonn).— **Simplification et bon marché d'une installation aseptique dans les petites maisons de santé.** (*Munchner medicin. Wochenscrhrift*, 1901, n° 28)

La disposition générale de la salle d'opérations, etc., ne diffère pas des conditions habi-

tuelles. L'auteur s'attache surtout à diminuer, dans la mesure du possible, le prix des objets de pansement et de suture, sans que l'asepsie et la sécurité en souffrent. Il recommande, à la place d'éponges, des compresses de gaze remplies de boulettes de gaze, et, au lieu du catgut cher et difficilement aseptique et de la soie trop épaisse, il recommande le fil à la celloïdine de Braun qui, dans ses numéros les plus forts, pourra remplacer les fils métalliques. Les ligatures seront évitées autant que possible et remplacées par de solides pinces de Péan que l'on laissera en place le plus longtemps possible. Là se bornent les règles générales de l'asepsie dans les petites installations. L'auteur recommande aussi l'emploi des gants de caoutchouc dans les opérations aseptiques.

INFORMATIONS

XIVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE A MADRID, AVRIL 1903

Section d'ophtalmologie.

Le bureau de la section d'ophtalmologie a été constitué de la façon suivante :

Président : Dr Albitos.
Vice-Présidents : Drs Lena et Reina.
Secrétaire : Dr Rodolfo del Castillo ;
Secrétaire adjoints : Drs Sanz Blanco et Marquez.

Ont été choisis les sujets de rapports suivants :

1° Nécessité de l'unification des échelles optométriques. Rapporteur : Dr Cuevas, de Madrid.

2° Traitement chirurgical des affections des voies lacrymales. Rapporteur ; Dr Castresana, de Madrid.

3° Les névrites optiques dans le cours des infections aiguës. Rapporteur : Dr Sanz Blanco, de Madrid.

4° Investigations concernant l'action des médicaments sur la pupille, l'accommodation et la tension intraoculaire. Rapporteur : Dr Marquez, de Madrid.

Les membres du Congrès pourront présenter les rapports qu'ils voudront sur ces sujets malgré ceux des rapporteurs désignés, ou se limiter à intervenir dans les discussions.

Les rapports ainsi que les communications seront adressés au secrétaire, Dr Rodolfo de Castillo, Madrid, calle de la Madrazo 24.

RECTIFICATION

Paris, 5 février 1902.

Mon cher confrère,

Je me crois en devoir de vous signaler une erreur qui s'est glissée dans le compte rendu de la Société d'ophtalmologie de Paris (séance du 7 janvier), publié dans le dernier n° de la *Clinique*. A propos de la communication de M. Sureau, j'ai dit que « l'iritis compliquant certains cas de kératite podophyllique me paraît devoir être rangée parmi les *iritis toxiques*, telles que Hilbert et moi-même en avons signalé, etc. »

Recevez, mon cher confrère, l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Dr Antonelli.

— Nous ferons remarquer à M. Antonelli que le texte dont il demande la rectification a été imprimé exactement et in extenso d'après la note manuscrite envoyée par lui.

A ce propos, nous prions nos collègues qui ont fait une communication ou une argumentation à la Société d'ophtalmologie de vouloir bien nous en envoyer un *auto-referatum* afin d'éviter les erreurs ou omission de compte-rendu.

PRODUITS ET PANSEMENTS POUR L'OPHTALMOLOGIE
Ballons Pipettes stérilisés pour collyres aseptiques.
PANSEMENTS AU CELLULIN HYDROPHILE (PAPIER DE BOIS DE PIN)
CHEVRETIN et LEMATTE, PHARMACIENS DE 1re CLASSE
Fournisseurs des Hôpitaux.
224, Rue Caumartin, PARIS. —*— TÉLÉPHONE : 245-56